

Hoitosuhde kohdunkaulan solumuutosten hoitoprosessissa

“...ja semmoinen hyvin rauhoittleva ihminen oli hoitaja...”

Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Kevät 2008

Mirja Ollikainen
Riitta Vuori

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö		Sairaanhoitaja AMK	
Tekijä/Tekijät			
Ollikainen, Mirja - Vuori, Riitta			
Työn nimi			
Hoitosuhde kohdunkaulan solumuutosten hoitoprosessissa			
Työn laji		Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö		Kevät 2008	27+9 liitettä
TIIVISTELMÄ Työn tarkoituksena oli kuvata naisten kokemuksia hoitosuhteesta kohdunkaulan solumuutosten hoitoprosessissa siinä vaiheessa, kun naiset saivat tiedon solumuutoksesta. Opinnäytetyö liittyy Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian ja Sanofi Pasteur MSD:n yhteistyöhankkeeseen. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on toimia apuna naistentautien hoitotyön kehittämisessä. Aineisto kerättiin teemahaastattelemalla neljää naista, jotka olivat vastanneet hankkeessa mukana olevan hoitotyön tutkijaryhmän laatimaan lehti-ilmoitukseen. Laadullisen tutkimuksen aineisto litteroitiin tekstiksi ja analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Tulosten mukaan naiset kokivat pelkoa ja epätietoisuutta saatuaan niukkasanaisten tiedon solumuutoksista postitse kotiin. Kaikki haastatteluun osallistuneet naiset hakeutuivat internetiin saadakseen lisätietoa, mutta sieltä saatu tieto oli vain lisännyt naisten kokemaa ahdistusta. Naisilla oli tarve puhua kokemuksistaan ja peloistaan. He kaipasivat hoitosuhdetta ammattitaitoisen terveydenhuoltohenkilöstön kanssa, joka olisi voinut antaa tietoa ja tukea. Ohjeistusta tulisi kehittää kiinnittämällä huomiota ilmoitustapaan ja tiedon sisältöön. Ihanteellisempaa olisi se, että naiset pääsisivät vastaanotolle kuulemaan solumuutosvastaukset			
Avainsanat hoitosuhde, naisten kokemukset, tiedontarve, tuki			

Degree Programme in		Degree
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care and Social Services
Author/Authors		
Mirja Ollikainen and Riitta Vuori		
Title		
Nurse-Patient Relationship: Nursing Process Of Cervical Dysplasia		
Type of Work	Date	Pages
Final Project	Spring 2008	27 + 9 appendices
<p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of this study was to describe women's experiences of the nurse-patient relationship of the nursing process with cervical dysplasia in the situation, where they got a diagnosis of cervical dysplasia. This study belonged to a cooperation project with Helsinki Polytechnic, Finland, and Sanofi Pasteur MSD. The aim of this study was to help develop gynaecological nursing.</p> <p>The data for this qualitative study were collected by thematic interviewing. The population consisted of four women. The data were analysed using inductive content analysis as the method.</p> <p>The results showed that the women felt fear and suspense when they got the results of cervical dysplasia at home by a tersely worded letter. Everyone found her way to the Internet to get more information on cervical dysplasia, but after that their anxiety increased. The women yearned for more well-defined information. Moreover, they wanted more support from health care staff.</p> <p>The guidance of the women with cervical dysplasia should be developed by paying attention to the content of the patient letter. There should be contact information, if the women wanted to take contact. More idealistic would be to have consulting hours for women with cervical dysplasia.</p>		
Keywords		
nurse-patient relationship, women's experience, knowledge expectation, support		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	HOITOSUHDE KÄSITTEENÄ	2
	2.1 Vuorovaikutus hoitosuhteessa	3
	2.2 Hoitajan ja potilaan suhde	4
	2.3 Tieto hoitosuhteessa	7
3	PAPILLOOMAVIRUSINFEKTIO SOLUMUUTOSTEN AIHEUTTAJANA	11
	4.1 Tutkimukset	12
	4.2 Hoito ja ennaltaehkäisy	12
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS	13
5	TYÖN TOTEUTUS	14
	5.1 Aineiston keruu	14
	5.2 Aineiston analysointi	15
6	EETTISET KYSYMYKSET JA TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	17
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	19
8	POHDINTA	22
	LÄHTEET	25
	LIITTEET 1-5	28

1 JOHDANTO

Ihmisen papilloomavirus (HPV) on yleisin sukupuoliteitse leviävä infektio. Pitkittynyt virusinfektio voi saada aikaan kohdunkaulan solumuutoksia, joista osa etenee syövän esiasteiksi ja edelleen syöväksi. (Weber 2007:320-321.) Suomessa tehtyjen kohdunkaulan irtosolututkimuksien (papa) joukkoseulonnoissa todetaan vuosittain yli 600 syövän esiastemuutosta ja varhaisvaiheen syöpää. Lisäksi Suomessa todetaan vuosittain 150-160 uutta kohdunkaulan syöpää. Huolestuttavaa on, että alle 40-vuotiaiden seulotujen naisten keskuudessa syövän määrä on kasvanut. (Suomen Syöpärekisteri n.d.) Tutkimukset osoittavat, että seulonnat kannattasi aloittaa jo 25-vuotiaana. Koska kohdunkaulan solumuutokset etenevät hitaasti, seulonnoilla on pahanlaatuiseksi kehittymisen estossa ensiarvoinen merkitys. (Käypä hoito 2006.)

HPV:n ja kohdunkaulansyövän välinen yhteys on erittäin vahva, sillä yli 90 %:lla kohdunkaulan syöpää sairastavista on todettu HPV-infektio. Maailmanlaajuisesti se on naisten toiseksi yleisin syöpä. (Heise 2003: 8-19.) Siksi HPV-infektion toteamiseen liittyy usein voimakas syövän pelko, joka aiheuttaa suuren psyykkisen haitan kuten ahdistusta, pelkoa ja parisuhdeongelmia. (Aaltonen – Hiltunen-Back – Paavonen 2002; Hordern – Street 2007: 11-18.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata naisten kokemuksia hoitosuhteesta kohdunkaulan solumuutosten hoitoprosessissa. Mikä on hyvä hoitosuhde? Tässä opinnäytetyössä hoitosuhteesta puhuttaessa tarkoitetaan potilaan ja hoitajan välistä hoitosuhdetta. Tutkimuskohteena hoitosuhde on perusteltu, koska se alkaa kehittyä jo ensimmäisellä kerralla kun hoitaja ja potilas kohtaavat. Aihe on tärkeä ja ajankohtainen, koska potilastyytyväisyyttä ja kustannustehokkuutta on pidetty kriteereinä hoidon arvioinnissa. Taloudellinen ja tehokas hoito on hyödyllistä, mutta sen lisäksi tarvitaan tietoa siitä, miten hoito koetaan. (Eriksson ym. 2007: 121-134.) Tässä opinnäytetyössä kokemuksella tarkoitetaan sitä, millaisena hoitosuhde näyttäytyy naisille vaiheessa, jossa he saavat tiedon poikkeavasta irtosolunäytevastauksesta ja diagnoosin saamisen vaiheesta.

Tieto solumuutoksista lähetetään usein postitse kotiin. Tulos saatetaan kertoa kirjainlyhenteenä ja jatkotutkimukset voivat olla tarpeen. Tiedon esteetön ja oikea-aikainen saatavuus on yksi laadukkaan hoidon edellytys. Hoitotyön vaikuttavuuden arvioinnissa

tavoitteena on positiivisten terveysmuutosten tuottaminen erilaisin hoitotyön interventioin. (Eriksson ym. 2007: 121-134.) Potilaan näkökulmasta haasteena on tuen tarpeeseen vastaaminen juuri sillä hetkellä kun hän sitä eniten tuntee tarvitsevänsä. (Hordern – Street 2007: 11-18.)

Opinnäytetyö liittyy Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian ja Sanofi Pasteur MSD:n yhteistyöhankkeeseen Naisten kokemuksia kohdunkaulan solumuutosten hoitoprosessista ja vaikutuksista elämään. Tähän yhteistyöhankkeeseen liittyy noin 60 naisen haastattelut, joista me olemme tehneet neljä. Haastateltavat olivat vastanneet hankkeessa mukana olevan hoitotyön tutkijaryhmän laatimaan lehti-ilmoitukseen (liite 1), jonka perusteella heidät oli valittu haastateltaviksi. Aineisto on kerätty teemahaastattelulla, ja lisäksi naiset täyttivät haastattelun loputtua strukturoidun kyselylomakkeen, joita emme käyttäneet analysoinnissa. Teemahaastattelulomakkeet (liite 2) saimme valmiina hankkeessa mukana olevalta hoitotyön tutkijaryhmältä. Haastattelujen perusteella saadaan tietoa mm. siitä, mitä ammatillisia käytäntöjä tulisi muuttaa, jotta toiminnalle asetetut tavoitteet saavutetaan ja hoitosuhteesta tulisi hyvä.

2 HOITOSUHDE KÄSITTEENÄ

Hoitosuhde on aina ennakoimaton, ja se kehittyy lineaarisesti vaiheesta toiseen. Se on luova prosessi ja muotoutuu hoitosuhteen edetessä. Se on aina ennalta määrittelemätön ja yllätyksellinen perustuen suunnitelman ja sopimuksen tekemisen välttämättömyyteen. Se on yhteistyötä, jossa sekä hoitajalla että potilaalla on oma vastuullinen osuutensa pyrittäessä päämääriin. Tavoitteiden saavuttaminen riippuu molempien osapuolten työskentelystä sovittujen päämäärien saavuttamiseksi. Keskeisinä elementteinä ovat tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus. Hoitosuhdetta voi verrata ihan mihin tahansa ihmissuhteeseen. Siinä vaikuttavat molempien osapuolten senhetkinen elämäntilanne, kasvatus, koulutus, kulttuuritausta, asenteet, tunteet ja ihmiskäsitys. (Mäkelä – Ruokonen – Tuomikoski 2001: 17-18, 21, 39.)

Hoitosuhde on ammatillinen suhde, jossa potilaalla on mahdollisuus puhua itsestään, tunteistaan, kokemuksistaan, elämästään ja ajatuksistaan. Hoitosuhteen ammatillisuuden vuoksi potilaalla on oikeus odottaa, että tämä suhde toimii hänen auttamisekseen. (Mäkelä ym. 2001: 23.) Monen potilaan elämään kuuluvat myös läheiset ihmiset, joita em-

me voi unohtaa hoitosuhteessa. Potinkara (2004: 75-84) tutki väitöskirjatyössään kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilökunnan välistä yhteistyötä. Tiedonantajina tutkimuksessa olivat kriittisesti sairaan potilaan läheiset, sairaanhoitajat ja lääkärit. Tutkimustulosten mukaan kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välinen yhteistyö on auttavaa kanssakäymistä. Se on hoitavan henkilön läsnä olemista ja läheisen voiman lisäämistä. Läsnä oleminen on hoitavan henkilön inhimillisyyttä ja herkkyyttä tulkita toista ihmistä ja tilanteita. Ensikohtaaminen vaikuttaa yhteistyöhön merkittävästi.

2.1 Vuorovaikutus hoitosuhteessa

Hoitosuhteen menestyksen edellytyksenä on hyvä ja onnistunut viestintä. Onnistuakseen tämä edellyttää luottamuksellista vuorovaikutus- ja hoitosuhdetta potilaaseen. Viestintä jaetaan sanalliseen eli verbaaliseen ja sanattomaan eli non verbaaliseen osaan. Hoitosuhteessa tärkeää on ymmärtää, että sanaton viestintä täydentää sanallista viestintää ja kaikki hoitaminen on vuorovaikutusta. (Anttila – Kaila-Mattila – Puska – Vihunen – Virolainen 2001: 62.)

Nykänen (2001: 35-41) on tutkinut potilaiden kokemuksia hoidosta naistentautien poliklinikalla. Hänen tutkimuksensa mukaan potilaat kokivat, että hoitosuhdetta ei muodostunut hoitohenkilökunnan puutteellisen vuorovaikutuksen vuoksi. Tämä ilmeni siten, että hoidollisia ratkaisuja ei käsitelty keskustellen vaan potilaille annettiin pelkästään kirjallista tietoa. Mattilan (2001: 86-91) mukaan potilaan ja hoitajan vuorovaikutukseen sisältyy kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus, aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä, potilaan ja hoitajan läheisyys, välittämisen kokeminen, vahvistuminen, tunnekokemuksen jakaminen ja vuorovaikutuksen ympäristö. Vuorovaikutuksen tavoitteena on potilaan hyvä olo ja terveyden edistyminen. Mattilan tutkimuksessa ilmeni, että potilaat kokivat hyvää oloa vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa jos lähtökohdat olivat suotuisat tulotilanteessa ja hoitosuhteen alkaessa. Potilas koki tulotilanteen negatiivisena, jos se oli kiireinen ja hän oli epä tietoinen siitä, mitä tapahtuu. Terveyden edistyminen saavutettiin muun muassa ohjauksen ja tiedon lisääntymisen kautta.

Mikkolan (2006: 81-91) tutkimuksen perusteella potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta säätelevät hoitoprosessin vaihe, hoitotoimenpide, toiminnan rutiinit, potilaan vointi sekä läsnä olevien henkilöiden määrä ja rooli. Onnistuneen vuorovaikutuksen rakentumiselle voidaan pitää keskustelukäytänteitä, jotka näkyivät erityisesti potilaiden kokemuksissa.

Nämä käytänteet liittyivät intimiteetin suojaamiseen, mahdollisuus vuorovaikutukseen ja mahdollisuuteen valita, kenen kanssa on vuorovaikutuksessa. Keskeisenä tekijänä voidaan pitää käytössä olevaa aikaa. Ajankäyttö vaikuttaa tuen mahdollisuuksiin siten, että potilaan tilannekohtainen tuen tarve ei välttämättä toteudu. Keskustelu ei aina toteudu silloin, kun potilas kokee keskustelun tarvetta. Tässä tutkimuksessa potilaat antoivat merkityksen ennen muuta vuorovaikutukselle.

Hoitotyö on suurelta osin ohjaamista ja potilaan tukemista tämän tekemissä päätöksissä. Potilaat odottivat Mikkolan (2006: 167) tutkimuksessa hoitavalta henkilökunnalta aloitteellisuutta, mutta hoitajat puolestaan korostivat potilaan omatoimisuuden merkitystä. Monet toimintatavat ovat käytännöllisyyden sanelemia, osin jopa käytännön pakottamia, eivätkä ne aina mahdollista potilaan tarpeenmukaista vuorovaikutusta ja hoitosuhdetta. Samalla hoitotyön tavoitteet jäävät saavuttamatta.

2.2 Hoitajan ja potilaan suhde

Coffeyn (2006: 308-323) tutkimuksen mukaan hoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde on kokonaisvaltainen ja vastavuoroinen sitoumus, joka perustuu hyväntahtoisuuteen. Kun potilaalla on mahdollisuus antaa vastuu hoitajalle, hän voi olla luottavaisin mielin. Vastaavasti hoitajalla on mahdollisuus kehittyä sekä persoonallisuutena että ammatillisesti. Toisin sanoen molemmat osapuolet hyötyvät pitkäkestoisesta hoitosuhteesta. Mikkolan (2006: 177) mukaan hoitaja-potilas-suhteen rakentuminen perustuu potilaan avun tarpeeseen, joka hänellä on vastaanotolle tullessaan. Suhde alkaa kehkeytyä heti, kun potilas on vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa. Potilaat pitävät hyvän hoitajan ominaisuutena halukkuutta vuorovaikutukseen, potilaalle oleellisen tiedon kertomiseen ja ohjaukseen.

Hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta tulemaan toimeen omien tunteidensa kanssa ja ymmärtämään niitä. Potilaan kokemusmaailmaan hoitaja voi eläytyä omien tunteidensa kautta. (Mäkelä ym. 2001: 23.) Hoitajan hyvä ammattitaito ja tiedon sekä kokemuksen yhdistäminen hoitotilanteessa edellyttää hoitajalta luovuutta. Jokainen kohtaaminen on ainutkertainen koostuen useista tekijöistä, jolloin mallinmukainen valmiiksi opittu tapa ei aina takaa parasta mahdollista hoitoa. On muistettava, että jokainen hoitaja ja potilas ovat ainutkertaisia ja yksilöllisiä tuntevia ja kokevia olentoja. Kuten Laine (2007: 29) sanoo, kokemus käsitetään ihmisen kokemuksena suhteessa omaan todellisuuteensa,

maailmasta jossa hän elää. Ennen kaikkea eläminen on kehoollista toimintaa ja havainnointia. Samalla se on myös koetun ymmärrettävää jäsentämistä.

Sairaanhoitaja on ensisijaisesti vastuussa potilaista, joita hän hoitaa. Potilas kohdataan arvokkaana ihmisenä, ja ihmisarvon kunnioitus näkyy myös potilaan omaisten ja läheisten kohtelussa. Sairaanhoitaja ei moralisoi. Potilaan antamat luottamukselliset tiedot pidetään salassa ja harkitaan, milloin niistä keskustellaan muiden hoitoon osallistuvien kanssa. Jokaista potilasta hoidetaan yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen tarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, vakaumuksesta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, etnisestä taustasta, sukupuolisesta suuntautuneisuudesta, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta. (Qvick 2005: 616.) Poutalan (1998: 7-8) mukaan hoitajan tulee olla aidosti kiinnostunut potilaasta ja hänen voinnistaan, kuunnella potilasta ja keskittyä juuri hänen ongelmiinsa ja tarpeisiinsa. Edelleen potilaan selviämistä sairaudestaan edistää, jos hän tietää hoitajan tekemän päätöksiä potilaan parasta ajatellen. Ilmapiirin asiallisuus heijastaa hoitajan suhtautumista potilaaseen sekä asennetta ja motivaatiota vuorovaikutukseen potilaan kanssa. Hyvässä vuorovaikutussuhteessa potilas voi kokea itsensä tärkeäksi ja arvokkaaksi ja potilaita kohdellaan tasa-arvoisesti ja oikeudenmukaisesti.

Hoitaja auttaa potilasta selviytymään tunteiden maailmassa ja säätelee tunnetason syvyyttä, intensiteettiä. Näin hän mahdollistaa potilaan syvemmän ymmärryksen omasta tilanteestaan. Hoitaja vastaanottaa potilaan tunnekuohut ja tekee tarvittaessa interventiota, hoidollisen väliintulon. Näin hän pyrkii vaikuttamaan potilaan kokemuksiin tässä ja nyt. Hoitajan kyky sietää vaikeita tunteita ahdistumatta itse liikaa korostuu sekä omien että potilaan tunteiden kohdalla. Tunteiden työstäminen auttaa potilasta eheytytymään ja tarjoaa hoitajalle kasvun mahdollisuuden. (Mäkelä ym. 2001: 20-21.)

Mikkolan (2006: 214-219) tutkimuksen mukaan hoitajuudessa on kyse ennen muuta tuen osoittamisesta ja tuen antajan roolista. Hoitosuhde välittää hoitajan motivaation tukeen. Hoitotyö on ammatillista auttamistyötä ja tuki kytkeytyy kaikkeen hoitajan toimintaan. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että kaikki hoitajan vuorovaikutus olisi tukea antavaa eli supportiivista. Hoitajat kuvasivat omaa hoitajuuttaan ennen muuta ammatillisen identiteetin näkökulmasta. Aineistosta tiivistyi kolme ulottuvuutta, jotka kuvaavat hoitajuutta. Nämä olivat tiedon hallinta, prosessien hallinta ja emotionaalinen hallinta. Työn sirpaloitumisen, kiireen ja ristiriitaisten rooliodotusten koettiin vaikeuttavan pro-

sessien hallintaa. Lisäksi tietämiseen liittyi voimakas normatiivinen paine, joka samalla aiheutti epävarmuutta. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella hoitajat kokivat tuen osoittamisen ennen kaikkea resurssikysymykseksi ja keskeiseksi resurssiksi mainittiin potilaan kanssa vuorovaikutukseen käytettävissä oleva aika. Hoitajat kokivat, etteivät he voi läheskään aina tehdä työtään niin hyvin, kuin osaisivat.

Hoitaja edustaa potilaalle todellisuutta, terveyttä ja aikuisuutta. Tämän vuoksi olisi muistettava olla rehellinen ja aito. Hoidettavalla on oikeus olla saava osapuoli. Tämä ei suinkaan tarkoita sitä, että annetaan kaikki mitä potilas pyytää. Hoitajan on pyrittävä ymmärtämään potilasta, mutta hyväksyminen on eri asia. Hoitosuhteessa on kestettävä myös erehdykset ja epäonnistumiset. (Mäkelä ym. 2001: 37.)

Potilaan kannalta hoitosuhde merkitsee sitä, että hän saa apua ja tukea hoitajalta selviytyäkseen mahdollisimman hyvin sairauden mukanaan tuomista elämäntilanteen muutoksista ja rajoituksista. Tällä avulla ja tuella potilas myös pystyy psyykkisesti sopeutumaan sairauteensa ja rakentamaan uuden sisäisen minäkuvan. (Mäkelä ym. 2001: 20-21.) ”Potilaan iästä, taustasta ja hoidon tarpeesta riippuu, milloin potilas luottaa niin paljon hoitajaansa, että hän voi alkaa kasvaa suhteessa kohti suurempaa eheyttä” (Mäkelä ym. 2001: 19). Luottamus voi kehittyä heti hoitosuhteen alussa tai vähitellen hoitosuhteen jatkuessa. Turvallisuudentunteen kehittymiselle on merkittävää luottamuksen kokeminen suhteessa hoitajaan ja hänen ammattitaitoonsa. Kokiessaan luottamusta potilas voi heittäytyä hoitosuhteessa hoidettavaksi turvallisesti. Luottamus myös lisääntyy, mikäli potilas saa osallistua itse omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Tiainen 1997: 141-142.) Hoitosuhteessa luottamus on molemminpuolista. Hoitaja uskoo potilaan mahdollisuuksiin ja kykyyn kantaa vastuuta omasta terveydestään. (Mäkelä ym. 2001: 20.)

Hordern ja Street ovat tutkineet (2007: 11-18) syöpäpotilaan intymiteettiä ja seksuaalikysymyksiä potilaan näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan syöpädiagnoosi muuttaa voimakkaasti ihmisen kokemaa intymiteettiä ja seksuaalisuutta. Itse syövästä selviytyminen oli tärkeintä. Potilailla oli tarve neuvotella ja suurin osa heistä etsi potilaskeskisiä terveydenhuollon ammattilaisia, jotka vastasivat heidän yksilöllisiin tarpeisiinsa ihmisinä eikä niinkään sairautena. Monet potilaat olivat pettyneet tiedon ja tuen puutteeseen sekä terveydenhuoltohenkilöstön valmiuksiin antaa apua muutoksiin sopeutumisessa.

Tilastot kertovat, että naiset ottavat miehiä useammin yhteyttä terveydenhuoltoon. Naisien kohtaamia terveydenhuollon kanssa kuvataan usein ongelmallisemmiksi ja ristiriitaisemmiksi kuin miesten. Naiset tarkastelevat itseään ja ongelmiaan eri näkökulmasta kuin miehet. Naisen huomio kohdentuu lähimpiin ihmissuhteisiin, tunteisiin ja kokemuksiin. (Jahren Kristoffersen 2006: 77.) Naisena olemisen saa erilaiset merkityksensä jokaisen naisen ja hänen todellisuutensa välisestä suhteesta kietoutuen siten tiettyyn kulttuuriin ja sosiaaliseen elämään (Laine 2007: 29). Sukupuoli voi vaikuttaa mm. siihen, miten kehon viestit käsitellään ja tulkitaan ja miten arvioidaan hoitoon hakeutumisen tarve ja terveysongelmat. Myös sukupuoli voi vaikuttaa siihen, miten potilaita ohjataan, neuvotaan, hoidetaan, tulkitaan, tutkitaan ja lähetetään hoitoon. (Jahren Kristoffersen 2006: 77.)

2.3 Tieto hoitosuhteessa

Saatuun tiedon solumuutoksista, haastattelemamme naiset kaipasivat yhteystietoja paikasta, josta olisi saanut henkilökohtaisesti lisätietoa ja tukea. Mc Caffery – Irwig (2005: 134-141) tutkimuksen mukaan naiset kaipasivat lisää tietoa erilaisista HPV-infektio tyypeistä, erilaisista hoitovaihtoehdoista, HPV-infektion piilevyydestä, seksuaalipartnereiden osallisuudesta tartuntaan, HPV-infektion yhteydestä lisääntyneeseen kohdunkaulan syöpäriskiin, hedelmättömyyteen ja siihen tulevatko he enää koskaan ns. puhtaaksi. Mikäli vastaus tuli yksinomaan kirjeellä pelko ja huoli omasta hyvinvoinnista kasvoi. Naiset hakeutuivat tietokoneen ääreen hakemaan tietoa. Internetistä saatu tieto lisäsi naisten häpeäntunnetta, koska HPV-infektio on usein siellä yhdistetty sukupuolitautilien joukkoon ja suureen määrään sukupuolipartnereita. Puhelimitse saatu vastaus koettiin positiivisempana, koska näin suotiin mahdollisuus kysellä hoitajalta tai lääkäriltä kysymyksiä ja saada heti vastauksia mieltä askarruttaviin asioihin. Kohtalaisen tyytyväiseksi naiset kokivat vastauksen saannin vastaanottoajalla. Kuitenkin tässä oli negatiivista se, että vastaanottoaika varattiin vain jos papa-vastauksessa oli jotain normaalia poikkeavaa. Naiset joutuivat odottelemaan vastaanotolle pääsyä tietoisena, että jotain oli vialla, mutta mikä. Tapa millä tieto annettiin, vaikutti naisiin. Jos tiedonantaja oli varma, tämä koettiin positiiviseksi ja rauhoittavaksi. Myös lääkärin rentous oli lohduttavaa ja vähensi diagnoosin vakavuuden vaikuttavuutta. Naiset kuvailivat helpottavana mahdollisuutta keskustella eri hoitovaihtoehdoista ja hoidon aloittamisen päätöksestä. Usein he kuitenkin kokivat, että lääkäriellä ei ollut heille riittävästi aikaa.

Potilaan oikeuksista on säädetty erillinen laki, joka tuli voimaan vuonna 1993 (785/92). Keskeisiä kysymyksiä siinä ovat potilaan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun, tiedonsaantioikeus ja itsemääräämisoikeus. Terveydenhuoltohenkilöstön oletukset ja käsitykset hyvästä hoidosta ja sen toteuttamisesta voivat olla erilaisia potilaiden ja asiakkaiden sekä heidän omaistensa kokemuksiin verrattuna. Tämän vuoksi on erityisen tärkeää selvittää tutkimuksen avulla potilaiden ja asiakkaiden kokemuksia terveydenhuoltopalveluista. (Partanen – Perälä – Turunen 1998: 121-122.)

Vaitiolovelvollisuus ja potilaan oikeus saada tietoa ovat osa ihmisen kunnioittamista. Potilaalla on oikeus ratkaista, kuinka häntä itseään koskevaa tietoa käytetään erilaisissa tietorekistereissä. Nykyisessä yhteiskunnassa informoimista ja tukemista voidaan pitää potilaan ja asiakkaan inhimillisten perustarpeiden tyydyttämisenä. (Kalkas – Sarvimäki 1996: 53,119.) Tiedon antaminen on keskeinen ja tärkeä asia ja sen tulee perustua avoimuuteen. Avoimen tiedon antamisen piirteitä ovat Potinkaran (2004: 75-84) tutkimuksen mukaan tiedon antaminen sitä kysymättä. Oikea-aikainen tieto on laadultaan ja laajuudeltaan sellaista, että ihminen kykenee ottamaan sen vastaan ja ymmärtämään sen sisällön. Hoidon alkuvaiheessa, kun kaikki on uutta, tiedon tulee olla mahdollisimman selkeää ja yksinkertaista. Hoidon edetessä annettava tieto tarkentuu ja tulee yksityiskohteisemmaksi. Vaikka lääkäreillä ja sairaanhoitajilla on oma lähestymistapansa tiedon antamiseen, se ei ole oleellinen asia, vaan se, että ihminen kokee saavansa riittävästi tämänhetkistä tietoa tilanteesta. Tiedon antamisen periaate on rehellisyys, joka pitää sisällään totuuden, realistisuuden ja objektiivisuuden. Hienovarainen tiedon antaminen on tiedon antamista oikea-aikaisesti ja oikein eri tilanteissa. Hienovaraisuus on vähitältä etenemistä asian ytimeen mitään salaamatta tai kaunistelematta. Ymmärrettävä tiedonanto tarkoittaa tutunomaisen kielen käyttämistä. Tällöin puheessa ei käytetä lääketieteellisiä termejä, vaan asiat ilmaistaan selkeästi ja normaalikielellä.

Sairaanhoitajan työhön kuuluu olennaisena osana potilaan ohjaaminen ja tiedonanto. Hoitajan odotetaan puhuvan selkeästi ja selvittävän asiat siten, että potilaat ne ymmärtävät. Ohjaaminen tutkimuksiin, jatkohoitoseurannan neuvonta ja opettaminen ovat osa hoitotyötä ja hoitosuhdetta. Mikkolan (2006: 138-145) tutkimuksessa hoitajat kokivat keskeisiksi ammattitaitonsa kriteereiksi tiedollisen osaamisen. Hoitajien asiantuntijuus on tietoa erilaisista sairauksista, hoitomahdollisuuksista ja toimenpiteistä ja tämän tiedon välittäminen potilaalle on oleellinen osa hoitajan työtä. Voidakseen hoitaa työnsä hyvin, hoitajan on hallittava suuri määrä tietoa. Tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat

saatavilla olevan ja hoitotyössä tarvittavan tiedon määrän kasvaneen valtavasti. Se tekee tiedon hallinnasta haasteellisen. Oman tietämisen rajat tulevat vastaan erilaisiin sairauksiin liittyvässä asiantuntemuksessa. Lääkärillä on päävastuu potilaan hoidosta, ja hän tekee hoitopäätökset yhdessä potilaan kanssa. Hoitajat arvostivat kuitenkin omaa tietoaan potilaasta ja korostivat oman tietämyksensä kokonaisvaltaisuutta. Hoitajat kertoivat pyrkivänsä varmentamaan, että lääkäri kertoo riittävästi erilaisista vaihtoehdoista, ennusteista ja potilaan tilanteesta. Hoitajat kokivat, että heillä on tärkeä tulkin rooli tiedon välittymisessä lääkäriltä potilaalle. Tulkin roolinsa hoitajat kuvasivat sillaksi lääkärin ja potilaan välillä. He kysyivät lääkäriltä asioita, jotka potilasta huolestuttivat. Lisäksi hoitajat pyysivät lääkäriltä lisäselvityksiä tai pyysivät häntä keskustelemaan potilaan kanssa.

Sairaanhoitajien verkosto-osaaminen on tärkeä osa hoitotyön prosessien hallintaa. Vaikka vastuu hoitopäätöksistä kuuluu hoitavalle lääkärille, hoitajat suunnittelevat potilaan hoidon. Hoitaja on eräänlainen koordinaattori, joka suunnittelee, ajoittaa ja tilaa tutkimuksia, huolehtii jatkohoitopaikasta ja vastaa hoitoon liittyvien sosiaalisten seikkojen huomioimisesta. Hoitajat huolehtivat siitä, että potilas saa tarvitsemaansa konsultatiota vaikka syöpähoitajalta, psykiatriselta sairaanhoitajalta, sairaalapastorilta tai sosiaalityöntekijältä. Hoitajat konsultoivat asiantuntijoita itse ja järjestävät sitä potilaalle tarvittaessa. (Mikkola 2006: 138-145.) Potilaat odottavat saavansa tietoa, joka auttaa heitä oman elämän hallinnassa ja omien mahdollisuuksien tunnistamisessa, sellaisella kielellä jonka he ymmärtävät. Tieto helpottaa sairauteen liittyvää epävarmuutta, ahdistusta ja kärsimystä. Tieto ja hyvä yhteistyösuhde / hoitosuhde voivat auttaa potilasta kokemaan sairauden jaksona, joka rikastuttaa ja syventää elämää. Keskeistä on kuitenkin tapa jolla, tieto annetaan. Ongelmana ei aina ole tiedon antamisen puute, vaan sen kohtaantumisen ongelma. Tietoa ei aina saada oikeaan aikaan tai oikealla tavalla. (Perälä 1997: 36.)

Nykäsen (2001: 35-41) tutkimuksessa tiedonsaanti koettiin puutteellisenä määrällisesti, jolloin potilaat eivät kokeneet saavansa tietoa tarpeeksi sairaudesta. Lisäksi tieto oli sisällöllisesti puutteellista, kun tutkimustulokset tulivat postitse kotiin. Tieto oli usein sellaisessa muodossa, josta potilaiden oli vaikea ymmärtää mitä asia tarkoittaa omalla kohdalla. Tutkiessaan gynekologista tulehdusta sairastavien naisten kokemuksia sairaalahoidosta Lamminperä (1999: 17-34) oli saanut myös samanlaisia tuloksia. Hänen tutkimuksensa mukaan naiset eivät olleet saaneet riittävästi tietoa siitä, mikä gynekologinen infektiosairaus heitä vaivasi ja kuinka sitä hoidetaan. Tiedonsaanti oli ollut hieman

parempaa, jos hoitaja oli ollut sama useana päivänä peräkkäin. Hoitaja oli keskustellut heidän kanssaan sairauden tarttumisvaarasta, hoidosta ja sairauden vaikutuksista, joita siitä voi tulla. Nämä hoitajat naiset kokivat sellaiseksi, jotka ajattelivat asioita heidän näkökulmastaan. Kuitenkin naiset kokivat, että henkilökunta vaihtui koko ajan ja koskaan ei tiennyt kuka minua tänään hoitaa. Siitä huolimatta he odottivat hoitajan käyntiä huoneessa ja yksilöllistä keskustelua, joka ei suurimman osan kohdalla toteutunut.

Thure-Toivasen (2001: 36-44) tutkimuksen mukaan taas tärkein yksityisyyden mahdollistava tekijä oli hoitoympäristö. Tiedollinen yksityisyys säilyi hyvin ja potilaat saivat riittävästi tietoa, koska sen takasi omahoitaja-järjestelmä. Kontaktia muihin potilaisiin haluttiin vähentää ja lisätä hoitohenkilökuntaan. Tutkittavien mielestä hoitohenkilökunnan ammatillinen ja hienovarainen käytös oli paras tae yksilöllisen tiedon, tukemisen ja ohjauksen toteutumiselle. Omahoitaja mahdollisti sen, että omista asioista ei tarvinnut kertoa aina uudestaan ja näin saatiin muodostettua luottamuksellinen hoitosuhde.

Nykäsen (2001: 35-41) mukaan potilaat olisivat toivoneet jälkitarkastuskäyntiä, jossa heillä olisi ollut mahdollisuus henkilökohtaisesti keskustella tutkimustuloksista. Kielteisiä kokemuksia oli myös hoito-organisaatiosta, koska siitä puuttui koordinaatio. Järjestelmän joustamattomuus ja hoidon hajaannus ilmeni pitkinä odotusaikoina hoitoprosessin aikana. Myös Lamminperän (1999: 17-34) tutkimuksessa potilaiden negatiiviset kokemukset liittyivät hoito-organisaatioon. Huoneessa oli ollut useita potilaita, joten yksityisyys oli kärsinyt. Naiset olivat koko ajan epätietoisia siitä, mitä ja miksi heille tehdään hoidon aikana. Heidän tuli itse koko ajan aktiivisesti kysellä sairaudestaan ja siihen liittyvistä asioista. He olisivat kaivanneet enemmän tietoa tulevaisuudesta ja siitä, mitä sairaus heille jatkossa ehkä aiheuttaa ja millaisia jatkohoitoja he tarvitsevat. Naiset kokivat, että lääkärit olivat suunnitelleet jatkohoidon kysymättä naisten mielipidettä asiasta. Hoito oli ollut rutiininomaista ja teknistä. Lääkäreiden ja hoitajien huomio oli kiinnittynyt vain sairaisiin elimiin. He kokivat, että heidän naiseuttaan ei kunnioitettu hoidon aikana, heidän kokemuksistaan ei oltu kiinnostuneita, eikä heillä ollut mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa. Myöskään heidän yksilöllisiä elämäntilanteitaan ei otettu huomioon. Tulehdusarvot määräsivät sen koska potilas oli kotikuntainen. Kaikki kotihoito-ohjeet olivat olleet heidän mielestään liian yleisellä tasolla. Kaikki olivat saaneet samanlaisen valmiiksi painetun monisteen.

3 PAPILLOOMAVIRUSINFEKTIO SOLUMUUTOSTEN AIHEUTTAJANA

Papilloomavirus (Human papillomavirus eli HPV) on ollut ihmisten keskuudessa jo tuhansien vuosien ajan. Vaikka tämä pieni virus ei juurikaan muunnu, tunnetaan erilaisia HPV-tyyppejä vasta noin 100. (Hiltunen-Back – Lehtinen – Nieminen – Paavonen 2003: 56; Weber 2007: 320-321.) Viruksen rakenne selvitettiin elektronimikroskoopin avulla jo 1940-luvulla. Sen tiedettiin aiheuttavan hyvänlaatuisia kasvaimia ihoon ja limakalvoihin, mutta viruksen ja syövän yhteydestä saatiin ensimmäiset viitteet vasta 1970-luvulla. Silloin opittiin tunnistamaan eri virustyyppejä. Papilloomavirukset ovat pieniä DNA-kasvainviruksia, jotka infektoivat epiteelisoluja. Nämä virustyytit jaetaan syöpäkudoksessa tavattaviin ja hyvänlaatuisissa kasvaimissa todettaviin. (Aaltonen ym. 2002.)

Papilloomavirusinfektio on sukupuoliteitse tarttuvista taudeista ylivoimaisesti yleisin, mutta sen esiintyvyydestä ei ole saatavissa tilastollista seuranta. Se on yleistynyt erityisesti nuorten aikuisten keskuudessa ja kohdunkaulan syövän ilmaantuvuus on yli kaksinkertaistunut 30 - 39-vuotiailla naisilla 1980-luvun alkuun nähden. (STM 2007.) Tätä selittää seksuaalitapojen muutos vuosina 1960-1990. Tartunta saadaan yleensä yhdynnässä, ja suuri osa nuorista aikuisista altistuu HPV:lle jo ensimmäisten yhdyntäkokeusten yhteydessä. Virus tarttuu suorassa limakalvokontaktissa. Suurin osa viruksen kantajista pääsee viruksesta eroon kahden vuoden kuluessa. Osalle altistuneista virusinfektio jää pysyväksi. (Aaltonen ym. 2002.)

Yli 40 viruslajia infektoi genitaalialueen epiteeliä. (Weber 2007.) Sukupuoliyhteydessä tarttuvista HPV-tyypeistä ihmisellä syöpävaaraa aiheuttaviksi on varmennettu yhdeksän tyyppiä (tyypit 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52, 58 ja 59). Genitaalialueen HPV-tyypit on jaettu ryhmiin sen mukaan miten, suuren tai matalan kohdunkaulan syövän ja sen esiasteiden riskin ne aiheuttavat. (Lehtinen – Paavonen 2003: 206.)

Valtaosa infektiosta on oireettomia, ja tästä syystä tartunnan saanut voi olla tietämätön siitä. Itämis aika tartunnasta muutokseen voi kestää pitkään. Muutosten ilmaantuminen vie vähintään useita viikkoja, tyypillisimmillään 3-4 kuukautta ja joskus jopa vuosia. Kolmasosa nuorista aikuisista on HPV-kantajia, ja noin 5 %:lla papa-joukkoseulontaan osallistuneista havaitaan tyypillisiä solumuutoksia. (Hiltunen-Back ym. 2003: 56.)

Pitkittyneen HPV-infektion ja syövän esiasteiden kehittymiseen vaikuttavat monet riskitekijät, kuten yhdyntöjen varhainen alkamisikä, partnereiden runsaus ja se että partnereillakin on ollut lukuisia partnereita. Tupakointi ja klamydia lisäävät myös riskiä. (Käypä hoito 2006). Hoitajat kokevat elämäntapasairauksien yhteydessä ristiriitaa. Potilaan tavoitteena voi lähinnä olla selviytyminen juuri kyseisestä tilanteesta, kun hoitajan ammatilliset tavoitteet kytkeytyvät laajemmin itse ongelman aiheuttajaan. Pohdintaa aiheuttaa, missä määrin ja millä tavoin hoitaja voi ottaa kantaa potilaan elämäntapoihin. (Mikkola 2006: 158.)

4.1 Tutkimukset

Suomessa kohdunkaulansyöpää ehkäisevään seulontatutkimukseen kutsutaan viiden vuoden välein kaikki 30-, 35-, 40-, 45-, 50-, 55- ja 60-vuotiaat naiset. Joissakin kunnissa kutsun saavat myös 25- ja/tai 65-vuotiaat. (Syöpäjärjestöt 2007). Papa-seulonnassa gynekologisesta irtosolunäytteestä tutkitaan, onko siinä syövästä tai sen esiasteesta peräisin olevia soluja. Alle 40-vuotiaiden naisten osallistuminen valtakunnallisiin papa-seulontoihin on vähentynyt, ja tässä ikäryhmässä syövät ovat lisääntyneet eniten. (Käypä hoito 2006.)

Papa-atypia luokitellaan solumuutosasteen perusteella Bethesdan-systeemin mukaisesti. Papa-näyte on otettava oikein, jotta se olisi luotettava. HPV-infektio aiheuttaa muutoksia juuri sillä kohdunkaulan raja-alueella, jossa solut erilaistuvat. Aluetta kutsutaan junktioksi. HPV:lle viitteelliset solumuutokset kuuluvat ryhmään ASCUS (atypical squamous cells of undetermined eli levyepiteelin merkitykseltään määrittämätön atypia). Toistuva ASCUS-löydös Papassa edellyttää kolposkopiaa ja histopatologista diagnoosia. (Hiltunen-Back ym. 2003: 60; Heise 2003: 8-19.)

4.2 Hoito ja ennaltaehkäisy

Papa-näytteiden normaalista poikkeavat löydökset ovat aihe seurantatutkimuksille tai jatkotutkimuksille. Seulonnan jälkeinen diagnostiikka perustuu kolposkopiassa otettaviin kudoksenäytteisiin. Varmistettujen solumuutosten hoito ja seuranta ovat tärkeitä, koska muutosten yhteydessä syövän riski on suurentunut. (Käypä hoito 2006.)

Monia potilaita, joilla on genitaalialueen HPV-infektio, joudutaan hoitamaan eri tavoilla ja useita kertoja ennen sairauden paranemista. Sähkösilmut eli loopkonisaatio sovel-

tuu parhaiten kohdunkaulan HPV-muutosten hoitoon, laser taas emättimen, ulkosynnyttimien ja välilihan muutosten hoitoon. (Hiltunen-Back ym. 2003: 64.) Hoito on poliklinista ja se annetaan paikallispuudutuksessa. Hyvän ja jatkuvan hoitosuhteen merkitys korostuu lyhyissä ja usein toistuvissa kohtaamisissa. Hoitavalta henkilökunnalta edellytetään kykyä ja taitoa solmia luottamuksellinen hoitosuhde potilaaseen lyhyessä ajassa. On osattava kuunnella ja havainnoida aidon kiinnostuneesti.

Markkinoilla on olemassa kahta eri rokotetta HPV-infektiota vastaan, jotka tulivat omakustanteisina myyntiin syksyllä 2006. (STM 2007.) Cervarix® on tarkoitettu ehkäisemään HPV-tyyppien 16 ja 18 aiheuttamia pitkittyneitä infektioita ja näiden seurauksena syntyviä kohdunkaulan limakalvonsisäisiä muutoksia vastaan. Gardasil® on tarkoitettu ehkäisemään HPV-tyyppien 6, 11, 16 ja 18 aiheuttamia pitkittyneitä infektioita ja näiden seurauksena syntyviä ulkoisten sukuelinten visvasyyliä sekä kohdunkaulan ja ulkosynnyttimen limakalvon muutoksia vastaan. Rokote tulisi antaa ennen sukupuolielämän alkamista, jotta sillä saataisiin paras suoja rokotteen sisältämien HPV-tyyppien aiheuttamia infektioita vastaan. (Kansanterveyslaitos 2007.) Rokotus ei korvaa laadukasta seelontaa, johon erityisesti nuoria naisia tulee kannustaa osallistumaan (Käypä hoito 2006). Lisäksi voidaan suositella sekä miehille että naisille vastuullista seksuaalikäyttäytymistä, kondomin käyttöä sekä välttämään lukuisia sukupuolisuhteita. (Weber 2007: 320-321.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata naisten kokemuksia hoitosuhteesta kohdunkaulan solumuutosten hoitoprosessissa. Kerättyä tietoa voidaan hyödyntää käytäntöjen kehittämisessä hoitosuhteen edistämiseksi.

Tässä opinnäytetyössä etsitään vastausta seuraavaan kysymykseen:

Millaisia kokemuksia naisilla on hoitosuhteesta?

5 TYÖN TOTEUTUS

Teemahaastattelumenetelmä lähtee oletuksesta, että kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, tunteita ja uskomuksia voidaan tutkia. Metodologialtaan teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja asioista, heidän asioille antamiaan merkityksiä, sekä sitä miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi – Hurme 2001: 47-48.) Voidakseen saada tietoa ihmisten kokemuksista haastattelijan on pyrittävä kuuntelemaan haastateltavia mahdollisimman aidosti ja avoimesti. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 156.) Haastattelu on avoimen ja lomakehaastattelun välimuoto. Siinä kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat, mutta haastattelun aihepiiri on selvillä. Sitä voidaan käyttää sekä kvalitatiivisesti eli laadullisesti että kvantitatiivisesti eli määrällisesti painottuvaan tutkimukseen. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2000: 195.) Omassa opinnäytetyössämme pääpaino on kvalitatiivinen. Teemahaastattelussa kysymykset ovat kaikille samat, mutta vastauksia ei ole sidottu vastausvaihtoehtoihin. Haastateltavat voivat vastata omin sanoin. (Hirsjärvi – Hurme 2001: 47.) Haastateltava voi puhua varsin vapaamuotoisesti haastattelussa ilmaistusta temasta.

5.1 Aineiston keruu

Teemahaastattelu sallii tutkimuksen kohteeksi valittujen henkilöiden mahdollisimman luontevan ja vapaan reagoinnin. Se mahdollistaa haastateltavalle laajemmat mahdollisuuden yksilöllisten tulkintojen esittämiseen. Vapaamuotoiset, syvälliset keskustelut paljastavat asioita, joita tuskin voitaisiin saada selville muilla keinoin. Haastattelulla kerätty materiaali edustaa haastateltavan puhetta. Hyvin toteutettuna se ottaa ihmisen huomioon sekä ajattelevana että toimivana olentona. Teemahaastattelua on syytä käyttää silloin, kun halutaan tutkia ilmiötä, josta haastateltavat eivät ole päivittäin tottuneet keskustelemaan. Tällainen tiedonkeruumenetelmä mahdollistaa myös haastateltavien ajatusten tarkentamisen lisäkysymysten esittämisen avulla. (Eskola – Suoranta 1999: 87-89.) Merkityksellisiä vastauksia pyritään löytämään tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisesti (Tuomi – Sarajärvi 2002: 77).

Haastattelimme naisia, jotka olivat vastanneet hankkeessa mukana olevan hoitotyön tutkijaryhmän laatimaan lehti-ilmoitukseen. Aluksi haastateltavia piti olla seitsemän, mutta kolme heistä perui osallistumisensa, joten jäljelle jäi neljä haastateltavaa. Naiset olivat korkeasti koulutettuja ja iältään 27-38-vuotiaita. Heidän motivaationsa tutkimukseen osallistumiseen liittyi haluun hyödyttää omilla kokemuksillaan toisia naisia.

Otimme heihin puhelimitse yhteyttä ja sovimme haastattelut yhtä lukuun ottamatta hotelliin. Haastattelut tehtiin lokakuussa 2007. Pääsääntöisesti haastattelut sujuivat häiriöttä. Vain kerran jouduimme keskeyttämään nauhoituksen haastateltavan kotona, kun hänen lapsensa tuli paikalle kyselemään äitiä.

Haastattelun apuna toimi valmiina saadut teemahaastattelulomakkeet, jotka oli testattu viidellä naisella, joilla oli ollut kohdunkaulan solumuutoksia. Itse emme tehneet ennen varsinaista haastattelua yhtään esihaastattelua. Haastattelut on nauhoitettu. Nauhoittaminen varmistaa aineiston säilymisen sanasta sanaan sellaisena kuin haastateltava on kertonut. Myös haastattelija voi keskittyä kuuntelemiseen, kun hänen ei tarvitse tehdä muistiinpanoja koko ajan. Haastattelun alussa haastattelija kertoi, mitä asioita tullaan käsittelemään, ja että tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita juuri haastateltavan kokemuksista. Haastattelut kestivät noin tunnin. Teknisiin ongelmiin tutkijat olivat varautuneet kahdella nauhurilla, tyhjillä kaseteilla, varaparistoilla sekä kirjoitusvälinein. Aineiston keruu on peruuttamaton vaihe tutkimuksessa, jälkikäteen ei voi enää tehdä tarkentavia kysymyksiä tai havaintoja (Valli 2007: 198).

Kävimme jokaisen haastateltavan kanssa ennen haastattelua läpi teemahaastattelurungon ja kerroimme mitä haastattelulla on tarkoitus kartoittaa. Tämän jälkeen naiset saivat vapaasti kertoa omista kokemuksistaan liittyen kohdunkaulansolumuutoksien hoidon eri vaiheisiin. Lisäkysymyksillä pyrimme saamaan lisää tietoa naisten kokemuksista ja täsmentämään epäselväksi jääneitä asioita, sekä varmentamaan, että ymmärsimme oikein mitä naiset kertoivat. Naiset saivat vapaasti tulkita omia kokemuksiaan, tunteitaan ja uskomuksiaan. Haastattelijat eivät johdatelleet heitä vastaamaan kysymyksiin määrättyllä tavalla. Myöskään haastattelijat eivät kertoneet olevansa valmiita sairaanhoitajia ja tehneensä sairaanhoitajan työtä useita vuosia. Tällä pyrimme varmistamaan sen, että kokemukset hoitohenkilökunnasta ja hoitosuhteesta olisivat mahdollisimman aitoja. Aihe oli hyvin intiimi ja henkilökohtainen, eivätkä haastateltavat keskustele siitä päivittäin.

5.2 Aineiston analysointi

Laadullisessa terveystutkimuksessa selvitetään ihmisen käsityksiä omasta terveydestään ja sen hoitamisesta, sairauden kokemusta sekä hoitamiskäytäntöä mahdollisimman luonnollisissa olosuhteissa. Tuloksena syntyy tutkittavaa ilmiötä kuvaava teoreettinen

rakennelma, jota voidaan hyödyntää käytännön toiminnan ohjaamiseen. (Kylmä - Lähdevirta – Vehviläinen-Julkunen: 2003: 609-615.)

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Sisällönanalyysi on paitsi yksittäinen metodi myös väljä teoreettinen viitekehys, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Sisällönanalyysi on tekstianalyysi, jossa etsitään tekstin merkityksiä. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 93.) Se sopii erinomaisesti strukturoitumattomaan aineistoon. Sitä voidaan käyttää mm. päiväkirjojen, kirjeiden, artikkeleiden, puheiden ja muun kirjallisen materiaalin analyysiin. Sillä voidaan tutkia erityisesti kommunikaatioprosessia, koska jokaisella viestillä on lähettäjä ja vastaanottaja. Sisällönanalyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Se ei ole vain aineiston keruu- ja luokittelumenetelmä, jossa samaa muistuttavat asiat kerätään yhteen, vaan sen tarkoitus on myös kehittää ymmärrystämme kommunikaatiosta. Lopputuloksena tuotetaan kuvaavia kategorioita tutkittavasta ilmiöstä. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 3-4.)

Aineiston sisällöllistä analyysiä voi helpottaa tekemällä käsitekartan. Sen etuna on visuaalisuus, jonka avulla tutkija voi hahmottaa suuren kokonaisuuden. Samalla se selkiyttää eri osien välisiä suhteita ja tuo esiin oleelliset ja epäoleelliset seikat. Sisällönanalyysi edellyttää tutkijalta perinpohjaista oman aineiston tuntemista sekä keskeisten käsitteiden haltuunottoa teoreettisen kirjallisuuden avulla. (Metsämuuronen 2001: 54.) Analyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen. Sitä ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Yksiköksi voidaan valita aineiston yksittäinen sana, sanayhdistelmä, lause tai kokonainen ajatuskokonaisuus. (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2003: 23-26.)

Tässä tutkimuksessa analyysi etenee taltioitujen haastattelujen litteroimisvaiheen kautta aineistolähtöisesti induktiivisella sisällönanalyysillä. Ennen varsinaista analyysia tallennetut haastattelut kirjoitettiin sanatarkasti tekstiksi eli litteroitiin. Saimme valmiiksi litteroidun aineiston käyttöömmme helmikuussa 2008.

Tässä opinnäytetyössä analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus. Analyysiyksikön valinnan jälkeen aineisto luettiin useita kertoja läpi alleviivaten ja erivärisillä ylivivauskynillä korostaen tutkimustehtävään liittyviä keskeisiä asioita. Nämä keskeiset asiat liittyvät hoitosuhteeseen, jotka valitsimme aiemmin kirjoitetusta teoriaosuudesta. Tämän jälkeen aineistoa pelkistettiin (liite 3), jolloin aineistolta kysyttiin tutkimustehtävän

mukaista kysymystä. Millaisia kokemuksia naisilla on hoitosuhteesta? Pelkistetyt ilmaiset kirjattiin mahdollisimman tarkkaan samoilla termeillä kuin teksti on aineistossa. Seuraavaksi ryhmittelimme aineiston (liite 4). Etsimme pelkistetystä aineistosta erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Yhdistimme samaa tarkoittavat kategoriat ja annoimme sille sisältöä kuvaavan nimen. Yläkategoriat muodostimme yhdistämällä samansisältöisiä kategorioita toisiinsa ja nimesimme ne (liite 5).

6 EETTISET KYSYMYKSET JA TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Haastateltavat olivat antaneet suostumuksensa hoitotyön tutkijaryhmälle ollessaan heihin yhteydessä lehti-ilmoituksen pohjalta. He antoivat myös luvan haastatteluiden nauhoituksille. Saatuja tietoja on käytetty vain tutkimustarkoitukseen. Haastateltavien vastaukset on käsitelty luottamuksellisesti ja heidän henkilöllisyytensä ei tule esille missään vaiheessa tutkimusta. Tulokset esitetään kokonaisuutena, jolloin yksittäisen haastateltavan vastauksia ei ole mahdollista tunnistaa. Tutkimustulosten yhteydessä esitetyt lainaukset on valittu niin, ettei kyseistä henkilöä voi siitä tunnistaa.

Kvalitatiivisesti tehdyssä tutkimuksessa tutkija joutuu jatkuvasti pohtimaan tekemiään ratkaisuja ja ottamaan samanaikaisesti kantaa analyysin kattavuuteen sekä tekemänsä työn luotettavuuteen. Analyysin apuna ei ole kuin omat tai tutkijakollegoiden ennakkoletukset, arkielämän peukalosäännöt ja enemmän tai vähemmän vahva teoreettinen oppineisuus. (Eskola – Suoranta 1999: 211.) Tutkimuksessa tuotettu tulkinta on tutkijan persoonallinen näkemys, jossa on mukana tutkijan tunteet ja intuitio. Tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 215-216.) Jo haastattelupaikan valinta saattaa vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Haastateltavan koti ei välttämättä ole kaikkien tutkimusongelmien kannalta paras haastattelupaikka. Neutraalimmassa ympäristössä haastateltava saattaa kuvailla ja kertoa asioita tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin, kuin omassa kodissaan. (Eskola – Suoranta 1999: 91.)

Teemahaastattelun käyttöön tiedonkeruumenetelmänä voi liittyä ongelmia. Haastateltavien ajattelua ja ilmaisua saattavat ohjata haastattelijan haastattelussa käyttämä kieli sekä haastattelijan esiymmärryksestä syntyvät teemat. Tällöin haastateltavien omien mielipiteiden esilletulo voi estyä. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 156.) Haas-

tateltavan luottamuksen saavuttaminen vaikuttaa välittömästi haastattelun antiin ja saatuihin tuloksiin. Haastattelijat ei ole merkityksetön passiivinen haastattelun välikappale, vaan hän on osa vuorovaikutusprosessia. (Eskola – Suoranta 1999: 94.) Kaikkien haastattelijoiden tulisi ennen varsinaisia haastatteluja esihaastatella paria kolmea perusjoukkoon, mutta ei otokseen kuuluvaa henkilöä. Esihaastattelun avulla haastattelijat harjaantuisivat tehtävään. Näin varsinaiset haastattelut sisältävät vähemmän virheitä kuin jos siirrytään suoraan haastatteluihin. (Hirsjärvi – Hurme 2001: 72-73.) Haastattelijat olisi koulutettava hyvin ennen haastatteluja. Jos haastattelijoita on useita, on varmistettava, että he kaikki ovat sisäistäneet haastattelurungon ja ymmärtäneet sen suunnilleen samalla tavalla. Näin voidaan myös lisätä haastattelijoiden varmuutta ja uskoa omiin kykyihinsä. (Hirsjärvi – Hurme 2000: 184.)

Tutkimuksen on pyrittävä paljastamaan tutkittavien käsityksiä ja heidän maailmaansa niin hyvin kuin mahdollista. Kuitenkin on oltava tietoinen siitä, että haastattelijat saattaa vaikuttaa esim. omalla olemuksellaan saamaansa tietoon jo haastatteluvaiheessa. Kyse on tutkijan käsitteistä ja tulkinnoista, joita hän yrittää sovittaa tutkittavien käsityksiin. Tutkijan on pystyttävä dokumentoimaan miten ja miksi hän on päätenyt kuvaamaan tutkittavien maailmaa juuri niin kuin on sen tehnyt. (Hirsjärvi – Hurme 2000: 189.)

Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta lisäisi se, jos haastatteluja olisi ollut useampia ja jos haastattelijat olisivat tehneet esihaastattelut ennen varsinaista haastattelua. Haastattelijoiden varmuus ja itseluottamus haastatteluiden onnistumiselle olisi ollut suurempi. Myös näin olisi voitu varmistaa, että molemmat haastattelijat ymmärsivät haastattelurungon samalla tavalla. Haastattelijat eivät ehkä olisi jännittäneet haastattelutilannetta samoin kuin sen nyt tekivät. Haastattelijan jännittyneisyys on saattanut heijastua haastateltavaan ja näin se on voinut vaikuttaa saatuihin tuloksiin. Haastattelupäiväkirjan pito olisi myös parantunut luotettavuutta. Siihen olisi voinut merkitä muistiin kysymyksiä, jotka tuottivat vaikeuksia haastateltaville tai jotka olivat erityisen hyviä. Samalla olisi voinut kirjata huomioita haastateltavista. Nämä olisivat voineet helpottaa myöhempiä tulkintaa. (Hirsjärvi – Hurme 2000: 184.) Haastattelut tehtiin yhtä lukuun ottamatta hotellihuoneessa, jossa paikalla olivat vain haastateltava ja haastattelijat. Joten haastateltavat ovat voineet kuvailla kokemuksiaan tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin, kuin esim. omassa kodissaan olisivat sen tehneet.

Validiteetti on varmistettava etukäteen huolellisella suunnittelulla ja tarkoin harkitulla tiedonkeruulle. (Heikkilä 2004: 29.) Tämän opinnäytetyön validiteettia voi heikentää se, että vastaajat ovat voineet käsittää kysymykset toisin kuin haastattelija on ne ajatellut. Myös valmiina saadussa kyselylomakkeessa on saattanut olla asioita tai teemoja, jotka haastattelija on käsittänyt eritavalla kuin lomakkeen tekijä on ne ajatellut.

Luotettavuutta pyrittiin analyysivaiheessa varmistamaan palaamalla alkuperäiseen aineistoon. Pelkistäminen ja kategorisointi perustuvat aineistoon ja tulkinnasta pyrittiin saamaan yksiselitteinen. Tulokset ovat tutkijoiden senhetkinen tulkinta aiheesta. Tämän opinnäytetyön tuloksia ei kuitenkaan voida yleistää pienen otoksen takia, mikä heikentää reliabiliteettia. Pienestä otoksesta huolimatta tuloksilla voi kuitenkin olla merkitystä hoitotyön kehittämiseksi.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Naisten kokemuksista muodostui neljä yläkategoriaa, jotka olivat:

Kokemus tiedon vähyydestä

Oikea-aikaisen tiedonsaannin vaikeus tuli selvästi esille haastatteluissa. Naiset kokivat, että he eivät saaneet riittävästi tietoa juuri silloin, kun sitä eniten olisivat tarvinneet. Suurin tarve olisi ollut heti kun he olivat saaneet tiedon poikkeavasta papa-vastauksesta. He kertoivat, että olisivat tarvinneet tietoa HPV-infektion eri tyypeistä, erilaisista hoitovaihtoehtoista ja hoidosta, HPV-infektion yhteydestä lisääntyneeseen kohdunkaulan syöpäriskiin ja miten se vaikuttaa hedelmällisyyteen. He kaipasivat tietoa, että mitä tämä merkitsee minun kohdallani? Miten tämä vaikuttaa parisuhteeseen ja yleensä elämään? He olivat itse hakeneet tietoa mm. internetistä, mutta sieltä saatu tieto oli saattanut olla virheellistä ja sekoittanut vielä enemmän naisten ajatuksia. He eivät olleet ymmärtäneet tietoa oikein tai eivät olleet osanneet tulkita sitä. Naisten ahdistus oli lisääntynyt. He olisivat kaivanneet jotain paikkaa johon voisi ottaa yhteyttä. Tiedonhankinta alkuvaiheessa perustui naisten omaan aktiivisuuteen.

”...No se oli se alku semmoinen, että kun tuli vaan postissa tämä paperi, niin se oli semmoinen pelko ja jännitys siitä tuli...”

”...sitten tietenkin se, mitä kaikki tekee sen virheen, että menee nettiin ja rupeaa sieltä katsomaan ja sitten on jo vielä enemmän sekaisin.”

Kun kysyimme millaisia kokemuksia naisilla oli vaiheesta, jolloin he saivat tietää solumuutoksesta, naiset toivat selvästi esille, että tiedon puute lisäsi ahdistusta. He kaipaivat kontaktia terveydenhuoltoalan ammattilaiseen, jolta olisi voinut kysyä omasta tilanteesta. Naisten ahdistusta lisäsi se, että he eivät tienneet mihin ottaisivat yhteyttä. He kaipaivat hoitosuhdetta, sillä naisten mukaan hoitosuhteella olisi ollut myönteisiä vaikutuksia heille itselleen.

”...olisin tarvinnut enemmän niin kuin apua ja neuvoa silloin niin kuin asiantuntijalta, jolta voisi kysyä tällaisia asioita...”

”...että olisin kaivannut enemmän tietoa, siis semmoinen, jonka kanssa olisi voinut vielä enemmän puhua...”

Kokemus puutteellisesta vuorovaikutuksesta

Haastatellut olivat tiedonpuutteen lisäksi pettuneitä siihen, että eivät päässeet puhumaan peloistaan ja tuntemuksistaan. Naiset kokivat, että pelkkä niukkasanainen ilmoitus, nopea käynti lääkärillä vastauksia kuulemassa tai lähete jatkotutkimuksiin ei riitä korvaamaan jatkuvaa hoitosuhdetta. He kertoivat, että tiedon saatuaan ei osaa välttämättä heti kaikkea kysellä. Kun he menivät kotiin monia kysymyksiä tuli mieleen ja silloin olisi pitänyt olla paikka johon ottaa yhteyttä. Lisäksi naiset olivat usein joutuneet odottelemaan jatkotutkimuksiin pääsyä, jotka tehtiin eri paikassa, jossa irtosolunäyte oli otettu. Odotellessa ahdistus ja huoli omasta hyvinvoinnista oli lisääntynyt.

”...keneltäkään ei oikeastaan ollut mahdollisuus välttämättä kysellä...”

”...kun se solumuutos oli kuitenkin puolessa vuodessa jo edennyt, niin sitä mietti, että kuinka pitkälle se nyt sitten etenee...”

Kun kysyimme merkittävintä muistikuvaa tai kokemusta tässä vaiheessa, naiset kertoivat pitkistä odotusajoista ilman keskusteluapua. Naiset kokivat, että keskusteluavun puuttuminen lisäsi ahdistusta, huolestuneisuutta ja kuoleman pelkoa. Naiset vahvistivat selvästi käytännön järjestelyiden merkityksellisyyden hoitosuhteen perustana.

Kokemus puutteellisesta tuesta

Kysyessämme naisilta mitä apua tai tukea tarvitsitte tai olisitte tarvinneet ja mitä apua tai tukea saitte, naiset vastasivat saaneensa tukea lähinnä ystäviltä. Naiset kokivat pelkoa ja häpeää, jonka lisäksi heillä oli huoli tulevaisuudesta. He pohtivat miten pitkälle solumuutos etenee ja heillä oli pelko syövästä. Naiset olisivat tarvinneet tukea heti. Tähän heillä ei ollut mahdollisuutta, koska hoitosuhdetta ei ollut kenenkään kanssa, vaan he keskustelivat asiasta ystäviensä ja puolison kanssa.

”Minä olisin ehkä toivonut sitä jotenkin että siihen olisi heti puututtu enemmän...että siitä olisi niin kuin enempi joku vääntänyt rautalangasta.”

”...yksi kaveri minulla oli, jolla oli itsellä ollut muutokset ja jonka kanssa oli joskus puhuttu, niin kyllä minä sen kanssa sitten siitä puhuin...”

”...oliko minulla semmoisia tiedostamattomia tällöisiä pelkoja...että minä sain tuon paniikkihäiriökohtauksen...”

Alkuvaihetta luonnehti naisten kokema pelko syövästä. Mahdollinen lapsensaantivaikeus askarrutti myös. Naiset toivat selvästi esille, että tuen puute johtui hoitosuhteen puuttumisesta. He kaipasivat tukea ammattiauttajalta.

”...kyllä minä olin ihan varma, että minulla on syöpä...”

”...kun oli itsellä sellainen reilun vuoden ikäinen lapsi...että voi ei, minulla on syöpä ja minä kuolen kohta. Tuo lapsi jää orvoksi...”

Kokemus helpotuksesta hoitosuhteen alkaessa

Naisten toive saada tukea ja tietoa korostui. Odotukset hoitosuhteesta olivat korkealla, siitä toivottiin käänteentekevää muutosta ahdistavaan olotilaan. Lopulta kun naiset saivat mahdollisuuden keskustella alan ammattilaisten kanssa, kokemus oli helpottava. He saivat tarvitsemaansa tietoa ja tukea. He kokivat, että heitä hoidetaan ja heidän asioistaan ollaan kiinnostuneita.

”Ja semmoinen hyvin rauhoitteleva ihminen oli hoitaja, jonka kanssa minä juttelin ja muuta, että se oli niin kuin, että se oli sitten hyvin myönteinen kokemus...”

”Että sitten vasta jonkun päivän kuluttua helpotti, kun sain oikeasti sitten jutella ja kysellä tästä asiasta. Sain tietoa enemmän. Semmoista oikeaa tietoa...”

Epätietoisuuden jälkeen naisten mieliala tasaantui. Tapaaminen terveydenhuoltohenkilöstön kanssa koettiin antoisaksi, koska silloin oli mahdollisuus keskustella mieltä painavista asioista. Naiset pitivät tärkeinä tekijöinä puhumista, mahdollisuutta osallistua hoitopäätöksiin ja mielipiteiden esittämiseen. Tällöin hoitosuhde muodosti perustan, jonka turvin nainen pystyi esittämään kysymyksiä ja saamaan vastauksia.

”...se tieto mitä sai, niin se auttoi itseäkin laittamaan asiat oikeisiin mittasuhteisiin...”

8 POHDINTA

Tiedon oikea-aikaisuus ja esteetön saanti on yksi laadukkaan hoitosuhteen edellytys. Sairaanhoitajan työssä tiedonanto kuuluu osana potilaan kokonaisvaltaista hoitamista ja hoitosuhdetta. Jo laki potilaan oikeuksista sanoo, että potilaalla on tiedonsaantioikeus. Oikeus saada tietoa on osa ihmisen kunnioittamista ja informoimista voidaan pitää potilaan inhimillisten perustarpeiden tyydyttämisenä (Kalkas – Sarvimäki 1996: 53, 199). Hyvä hoitosuhde, jossa saa tarvitsemaansa tietoa voi auttaa potilasta kokemaan sairautensa jaksona, joka rikastuttaa ja syventää elämää (Perälä 1997: 36). Potinkaran (2004: 75-84) mukaan tiedon antaminen on keskeinen ja tärkeä asia, jonka tulee perustua avoimuuteen. Hoitosuhteen menestyksen edellytyksenä on hyvä ja onnistunut viestintä. Onnistuakseen tämä edellyttää luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta potilaaseen. (Anttila ym. 2001.)

Tutkimuksissaan Nykänen (2001: 35-41), Lamminperä (1999: 17-34) ja McCaffery - Irwig (2005: 134-141) ovat saaneet samanlaisia tuloksia, joissa tutkittavat olivat kokeneet tiedonsaannin puutteellisenä. Tämän opinnäytetyön tulokset ovat samansuuntaisia näiden tutkimusten kanssa. Kun tieto solumuutoksista tuli postissa kotiin, se oli puutteellista sisällöllisesti ja sitä oli vaikea ymmärtää. Hoitoprosessin aikanakaan naiset eivät saaneet riittävästi tietoa itse sairaudesta ja sen hoidosta. Heidän oli itse oltava koko ajan aktiivisia ja kyseltävä sairaudestaan ja siihen liittyvistä asioista. He kaipasivat tietoa tulevaisuudesta ja siitä, mitä sairaus heille jatkossa ehkä aiheuttaa.

Mattilan (2001: 90) tutkimuksessa terveyden edistyminen saavutettiin ohjauksen ja tiedon lisääntymisen kautta. Luottamuksellinen vuorovaikutus toi helpottavia ja myönteisiä kokemuksia potilaille. Onnistunut dialogi toi varmuuden tunteen, jos potilaalla oli kuulluksi tulemisen mahdollisuus ja jos hänen tuntemuksistaan oltiin kiinnostuneita. Opinnäytetyömme tulokset vahvistavat tämän tutkimuksen tuloksia, sillä haastattelemiemme naisten mukaan hoitosuhteen toteutumisella olisi ollut myönteisiä psyykkisiä vaikutuksia heille itselleen. Thure-Toivasen (2001: 44) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan ammatillinen ja hienovarainen käytös oli paras tae yksilöllisen tuen toteutumiselle. Tämän opinnäytetyön tulokset tukevat tätä tutkimusta, sillä kävi ilmi, että onnistunut hoitosuhde toi naisille helpottavia tuntemuksia.

On odotettavissa, että terveystalvelujen merkitys korostuu suomalaisessa yhteiskunnassa entisestään ja aiheesta käytävä keskustelu monipuolistuu. Olisi tärkeää tutkia, miten keskustelua käydään, ketkä sitä käyvät ja miten terveystalvliittinen päätöksenteko kunnissa käytännössä tapahtuu. Tuotetaanko terveystalveluja siten, kuin kuntalaiset tahtovat ja tarvitsevat? Samalla joudutaan tekemään eettisiä valintoja siitä, mitä hoitoja toteutetaan ja mitkä hoidot jäävät julkisen rahoituksen ulkopuolelle. HPV-infektioiden ja niiden aiheuttamien solumuutosten ehkäisystä rokottamalla koituu koko väestölle terveyshyötyä ja kustannussäästöä. Otetaanko HPV-rokote kansalliseen rokotushjelmaan?

Keskeisessä asemassa ovat nuoret. Nuorten tulisi saada apua ja neuvoja seksuaalisuutta koskeviin kysymyksiin helposti lähipalveluna. Seksuaalivonnan integroiminen osaksi julkista talvelujärjestelmää edistäisi talveluiden tasa-arvoista saatavuutta maan eri osissa. Koulu- ja opiskelijaterveydenhuollolla on tässä keskeinen merkitys, koska se tavoittaa koko oppivollisuusikäisen väestön. (STM 2007.) Annetaanko kouluterveydenhoitajille resursseja tarjota nuorille systemaattista seksuaaliterveyden neuvontaa ja seurantaa ja miten nuoret saadaan osallistumaan seulontatutkimuksiin?

Vaikka hoitotyö kehittyy huimaa vauhtia, ei tiedonanto ole kuitenkaan parantunut. Jo yhdeksän vuotta sitten Lamminperä (1999: 17-34) sai tuloksia siitä, että tiedonsaanti on huonoa tai puutteellista. Sama suunta on jatkunut Nykäsen (2001: 35-41) ja Mc Caffery – Irwig (2005: 134-141) tutkimuksissa. Nykyistä enemmän tulisi panostaa hoitotyöhön, jonka lähtökohtana on hoitotieteellisen tutkimuksen tuottama tieto vaikuttavista hoito- ja toimintamenetelmistä. (Eriksson ym. 2007: 121-134.) Potilaan läheiset tarvitsevat myös tiedollista tukea hoitohenkilökunnalta. Kun tutkittiin syöpäpotilaan läheisen hoi-

tohenkilökunnalta saamaa tukea, läheiset pitivät erittäin tärkeänä sitä, että hoitohenkilökunta antaa heille tietoa ymmärrettävästi, tieto on rehellistä ja että läheisillä on mahdollisuus esittää kysymyksiä keskustelun aikana. (Kaunonen – Nevalainen – Åstedt-Kurki: 2006: 192-201.)

Työelämälähtöinen opinnäytetyö palvelee tulevia opiskelijoita antamalla kuvan hoitotyön toteutuksesta käytännön tasolla. Työelämälle tämä opinnäytetyö antaa tietoperustaa hoitotyön kehittämiseksi naistentautien alalla.

Kuten Thure-Toivanen (2001: 36-44) ja Lamminperä (1999: 17-34) tutkimuksissaan totesivat, omahoitajuus takasi potilaille riittävän tiedonsaannin. Siksi olisikin hyvä kehittää myös naistentautien hoidossa omahoitajasysteemiä. Tänä päivänä on mm. seksuaaliterapeutteja, asiantuntijasairaanhoitajia, erilaisia puhelinneuvontoja ym. Joten vaikka testitulokset tulisivatkin postissa kotiin, voisi kirjeeseen liittää esimerkiksi puhelinnumeron, johon poikkeavan tuloksen saanut nainen voisi ottaa yhteyttä. Ihanteellisempaa olisi se, että naisten pääsy vastaanotolle olisi nykyistä paremmin mahdollista kaikkien niiden kohdalla, jotka näin haluavat.

LÄHTEET

- Aaltonen, Leena-Maija – Hiltunen-Back, Eija – Paavonen, Jorma 2002: Papilloomavirukset limakalvoilla. Verkkodokumentti. < <http://www.helsinki.fi/jpaavone/artik7g.pdf>> Luetu 26.12.2007
- Anttila, Kyllikki – Kaila-Mattila, Tuulikki – Puska, Eeva-Liisa – Vihunen, Riitta – Virolainen, Suvi 2001: Hoitamalla hyvää oloa. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Coffey, Sue 2006: The nurse-patient relationship in cancer care as a shared covenant: a concept analysis. *Advances in nursing science*. Vol 29(4): 308-323. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.
- Eriksson, Katie – Isola, Arja – Kyngäs, Helvi – Leino-Kilpi, Helena – Lindström, Unni – Paavilainen, Eija – Pietilä, Anna-Maija – Salanterä, Sanna – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Åstedt-Kurki, Päivi 2007: Hoitotiede. 1. painos. Helsinki: WSOY. 121-134.
- Eskola, Jari – Suoranta, Juha 1999: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 3. painos. Tampere: Vastapaino.
- Heikkilä, Tarja 2004: Tilastollinen tutkimus. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Heise, Alana 2003: The clinical significance of HPV. *Nurse practitioner*. Vol 28(10): 8-19. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.
- Hiltunen-Back, Eija – Lehtinen, Matti – Nieminen, Pekka – Paavonen, Jorma 2003: Papilloomavirusinfektiot. Teoksessa Paavonen, Jorma – Reunala, Timo – Rostila, Timo (toim.): Sukupuolitaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 56-68.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2001: Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2001: Tutki ja kirjoita. 6.-7. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hordern, Amanda – Street, Annette 2007: Issues of intimacy and sexuality in the face of cancer: The patient perspective. *Cancer Nursing* vol 30(6) 11-18. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.
- Jahren Kristoffersen, Nina 2006: Terveys ja sairaus. Teoksessa Jahren Kristoffersen, Nina – Nortvedt, Finn – Skaug, Eli-Anne (toim.) Hoitotyön perusteet. Nieminen, Paula (suom.) Tanska. Narayana Press. 30-78.
- Kalkas, Hertta – Sarvimäki, Anneli 1996: Hoitotyön etiikan perusteet. 5. painos. Helsinki: WSOY
- Kansanterveyslaitos 2007: HPV-rokote. Päivitetty 12.11.2007. Verkkodokumentti. <<http://www.ktl.fi/portal/12048>>. Luetu 31.12.2007

- Kaunonen, Marja – Nevalainen, Arja – Åstedt-Kurki, Päivi 2006: Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen tuki poliklinisessa hoidossa. *Hoitotiede* vol. 19(4): 192-201.
- Kylmä, Jari – Lähdevirta, Juhani – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2003: Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? *Duodecim* 119(7): 609-615.
- Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999: Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1): 3-11
- Käypä hoito 2006: Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnyttinten solumuutokset-diagnostiikka, hoito ja seuranta, potilasversio. Päivitetty 23.8.2006. Verk-kodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=khp00061>>. Luettu 26.12.2007.
- Laine, Timo 2007: Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola, Juhani – Valli, Raine (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: PS-kustannus. 28-45
- Lamminperä, Tarja 1999: Gynekologista tulehdusta sairastavien naisten kokemuksia sairaalahoidosta. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere
- Latvala, Eila – Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2003: Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY. 21-43.
- Lehtinen, Matti – Paavonen, Jorma 2003: Sukupuolitaudit ja syöpä. Teoksessa Paavonen, Jorma – Reunala, Timo – Rostila, Timo (toim.): *Sukupuolitaudit*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 205-208.
- Mattila, Lea-Riitta 2001: Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Väitöskirjatyö. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotiede. Hoitotieteen laitos.
- Mc Caffery, Kirsten – Irwig, Les 2005: Australian women's needs and preferences for information about human papillomavirus in cervical screening. *Journal of Medical Screening* 12(3) 134-141
- Metsämuuronen, Jari 2001: Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. 2. painos. Viro: International Methelp Ky
- Mikkola, Leena 2006: Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Väitöskirjatyö. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Viestintätieteiden laitos.
- Mäkelä, Anja – Ruokonen, Taina – Tuomikoski, Marjatta 2001: Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Nykänen, Kaisa 2001: Potilaiden kokemuksia hoidosta naistentautien poliklinikalla. Pro gradu-tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotiede. Hoitotieteen laitos.

- Partanen, Pirjo – Perälä, Marja-Leena – Turunen, Hannele 1998: Väestön kokemuksia itsemääräämisestä ja hoidosta terveydenhuollossa. Teoksessa Haverinen, Riitta – Kiikkala, Irma – Simonen, Leila (toim.): Kohtaamisia sosiaali- ja terveysalan areenoilla. Stakes raportteja 221. Jyväskylä. 121-134.
- Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Perälä, Marja-Leena 1997: Hoitotyön suunta: Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Helsinki: Stakes.
- Potinkara, Heli 2004: Auttava kanssakäyminen. Väitöskirjatyö. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotiede. Hoitotieteen laitos.
- Poutala, Päivi 1998: Hyvä vuorovaikutussuhde ensiapupoliklinikan vastaanottotilanteessa. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Qvick, Leena 2005. Sairaanhoidajan eettiset velvollisuudet. Teoksessa Alila, Anja – Maanselkä, Seija – Mustajoki, Marianne – Rasimus, Mirja (toim.): Sairaanhoidajan käsikirja. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 616-617.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2010. Julkaisuja 2007:17. Helsinki: Yliopistopaino.
- Suomen Syöpärekisteri n.d. Verkkodokumentti.< <http://www.cancerregistry.fi/joukkotarkastus/2-10-14.html>> Luettu 16.12.2007.
- Thure-Toivanen, Tiina 2001: Päiväkirurgisen gynekologisen potilaan yksityisyys-odotukset, kokemukset ja toiminta yksityisyyden toteuttamisessa potilaan näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotiede. Hoitotieteen laitos.
- Tiainen, Elina 1997: Miten kohtaaminen hoitotyössä rakentuu? Teoksessa Heikkinen, Riitta-Liisa – Laine, Timo (toim.): Hoitava kohtaaminen. Helsinki: Tammi. 136-145.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Valli, Raine 2007: Vastaaja asettaa tulkinnalle haasteita. Teoksessa Aaltola, Juhani – Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimeneelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus. 198-212
- Weber, Carol J 2007: Update on vaccination against human papillomavirus (HPV). Urology Nursing vol 27(4):320-321. Society of urologic nurses and associates.

Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia on Helsingin kaupungin ylläpitämä korkeakoulu. Tehtävämme on pitää huolta pääkaupunkiseudun ammatillisesta korkeakouluosaamisesta ja alueellisesta kehittämisestä.

Tutkintoon johtavan nuorten ja aikuisten koulutuksen lisäksi palveluihimme kuuluvat työelämän täydennyskoulutus ja konsultointipalvelut sekä tutkimus- ja kehitystoiminta.

stadia

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

stadia

ONKO SINULLA OLLUT PAPA KOKEISSA HAVAITUJA SOLUMUUTOKSIA? HALUATKO KERTOA KOKEMUKSISTASI MEILLE?

Moni nainen saa vuosittain papakokeiden tuloksissa tiedon kohdunkaulan solumuutoksista, jotka hoitamattomina voivat johtaa lisääntyneeseen syöpäriskiin. Kohdunkaulan syöpä on toiseksi yleisin nuorten naisten vakava syöpä maailmassa. Toistaiseksi ei ole tehty tutkimuksia siitä kuinka solumuutokset ja niiden hoito vaikuttavat naisten elämään.

Nyt Sinulla on mahdollisuus osallistua Helsingin ammattikorkeakoulun tekemään tutkimukseen, jonka avulla voit auttaa meitä keräämään tätä tietoa ja sen avulla tehostamaan naisten solumuutoksiin saamaa hoitoa ja ohjausta vastaisuudessa.

Tutkimuksessa noudatetaan tutkimuseettisiä periaatteita ja tutkimukseen osallistuvien naisten nimet ja yhteystiedot ovat vain tutkijoiden käytössä.

Ota yhteys yliopettaja FT Leena Rekolaan soittamalla numeroon **050 567 5430** tai sähköpostitse **leena.rekola@stadia.fi** **14.9.2007 mennessä** saadaksesi lisätietoa tutkimukseen osallistumisesta.

www.stadia.fi

Naisten kokemuksia kohdunkaulan solumuutosten hoitoprosessista ja vaikutuksista elämään

Haastateltavan havaintotunnus _____

Haastattelijoiden tunnukset: _____

Teemahaastattelun teemat ja kysymykset - Tutkija haastattelee. Haastattelu nauhoitetaan.

Kerrotaan haastateltavalle, että heidän kokemuksiaan kysytään solumuutoksne toteamisesta alkaen viidessä eri hoitoprosessin vaiheessa

1. *SOLUNÄYTTEEN OTTAMISEN VAIHE*
2. *KOHDUNKAULAN SOLUMUUTOKSEN DIAGNOOSIN SAAMISEN VAIHE*
3. *HOITOVAIHE*
4. *SOLUMUUTOSTEN SEURANNAN VAIHE*
5. *HOIDON JÄLKEINEN AIKA*

SAMAT ALLA OLEVAT NELJÄ HAASTATTELUTEEMAA KYSYTÄÄN KAIKISSA VIIDESSÄ VAIHEESSA:

1. SOLUNÄYTTEEN OTTAMISEN VAIHE -

Millaisia kokemuksia teillä on liittyen solunäytteen ottamiseen? Vaikuttiko, ja jos vaikutti niin miten se on vaikutti elämäänne?

HAASTATTELUTEEMAT:

1. JOS EI VAIKUTTANUT MILLÄÄN TAVOIN ELÄMÄÄNNE, MISTÄ ARVELETTE SEN JOHTUVAN
2. JOS VAIKUTTI ELÄMÄÄN, MITEN SE VAIKUTTI/ VAIKUTTIKO SEURAAVILLA ALUEILLA:
 - Fyysiset vaikutukset - oliko fyysisiä tuntemuksia (itse sairaudesta johtuvia/ sen tietoisuudesta johtuvia)
 - Henkiset vaikutukset - oliko henkisiä/ psyykkisiä tuntemuksia (itse sairaudesta johtuvia/ sen tietoisuudesta johtuvia)
 - Vaikutukset sosiaaliseen elämään (ystävät, sukulaiset ja muut sosiaaliset suhteet)
 - Vaikutus jokapäiväiseen elämään/ arkipäivän konkretiaan
 - työ
 - perhe
 - parisuhde
 - vapaa-aika- ja harrastukset
 - Merkittävien kokemus/ muistikuva ko. vaiheessa
3. MITÄ APUA/ TUKEA TARVITSI/ OLISITTE TARVINNUT TÄSSÄ VAIHEISSA?
4. MITÄ APUA/TUKEA SAITTE TÄSSÄ VAIHEISSA?
 - Terveysalan ammattilaisilta
 - Sosiaaliselta verkostolta (omaisilta, ystäviltä, jne..)

Naisten kokemuksia kohdunkaulan solumuutosten hoitoprosessista ja vaikutuksista elämään

2. KOHDUNKAULAN SOLUMUUTOKSEN DIAGNOOSIN SAAMISEN VAIHE

**Millaisia kokemuksia teillä on vaiheesta, joilloin saitte tietää solumuutoksesta?
Onko, ja jos on niin miten se on vaikuttanut elämäänne?**

HAASTATTELUTEEMAT:

1. JOS EI VAIKUTTANUT MILLÄÄN TAVOIN ELÄMÄÄNNE, MISTÄ ARVELETTE SEN JOHTUVAN
2. JOS VAIKUTTI ELÄMÄÄN, MITEN SE VAIKUTTI/ VAIKUTTIKO SEURAAVILLA ALUEILLA:
 - Fyysiset vaikutukset - oliko fyysisiä tuntemuksia (itse sairaudesta johtuvia/ sen tietoisuudesta johtuvia)
 - Henkiset vaikutukset - oliko henkisiä/ psyykkisiä tuntemuksia (itse sairaudesta johtuvia/ sen tietoisuudesta johtuvia)
 - Vaikutukset sosiaaliseen elämään (ystävät, sukulaiset ja muut sosiaaliset suhteet)
 - Vaikutus jokapäiväiseen elämään/ arkipäivän konkretiaan
 - työ
 - perhe
 - parisuhde
 - vapaa-aika- ja harrastukset
 - Merkittävin kokemus/ muistikuva ko. vaiheessa
3. MITÄ APUA/ TUKEA TARVITSI/ OLISITTE TARVINNUT TÄSSÄ VAIHEISSA?
4. MITÄ APUA/TUKEA SAITTE TÄSSÄ VAIHEISSA?
 - Terveystieteen ammattilaisilta
 - Sosiaaliselta verkostolta (omaisilta, ystäviltä, jne..)

Naisten kokemuksia kohdunkaulan solumuutosten hoitoprosessista ja vaikutuksista elämään

3. HOITOVAIHE

Millaisia kokemuksia teillä on solumuutoksen hoitamisesta? Onko, ja jos on niin miten se on vaikuttanut elämäänne?

HAASTATTELUTEEMAT:

1. JOS EI VAIKUTTANUT MILLÄÄN TAVOIN ELÄMÄÄNNE, MISTÄ ARVELETTE SEN JOHTUVAN
2. JOS VAIKUTTI ELÄMÄÄN, MITEN SE VAIKUTTI/ VAIKUTTIKO SEURAAVILLA ALUEILLA:
 - Fyysiset vaikutukset - oliko fyysisiä tuntemuksia (itse sairaudesta johtuvia/ sen tietoisuudesta johtuvia)
 - Henkiset vaikutukset - oliko henkisiä/ psyykkisiä tuntemuksia (itse sairaudesta johtuvia/ sen tietoisuudesta johtuvia)
 - Vaikutukset sosiaaliseen elämään (ystävät, sukulaiset ja muut sosiaaliset suhteet)
 - Vaikutus jokapäiväiseen elämään/ arkipäivän konkretiaan
 - työ
 - perhe
 - parisuhde
 - vapaa-aika- ja harrastukset
 - Merkittävin kokemus/ muistikuva ko. vaiheessa
3. MITÄ APUA/ TUKEA TARVITSI/ OLISITTE TARVINNUT TÄSSÄ VAIHEISSA?
4. MITÄ APUA/TUKEA SAITTE TÄSSÄ VAIHEISSA?
 - Terveystieteen ammattilaisilta
 - Sosiaaliselta verkostolta (omaisilta, ystäviltä, jne..)

Naisten kokemuksia kohdunkaulan solumuutosten hoitoprosessista ja vaikutuksista elämään

4. SOLUMUUTOSTEN SEURANNAN VAIHE

Millaisia kokemuksia teillä liittyy solumuutoksen seurantaan? Onko, ja jos on niin miten se on vaikuttanut elämäänne?

HAASTATTELUTEEMAT:

1. JOS EI VAIKUTTANUT MILLÄÄN TAVOIN ELÄMÄÄNNE, MISTÄ ARVELETTE SEN JOHTUVAN
 2. JOS VAIKUTTI ELÄMÄÄN, MITEN SE VAIKUTTI/ VAIKUTTIKO SEURAAVILLA ALUEILLA:
 - Fyysiset vaikutukset - oliko fyysisiä tuntemuksia (itse sairaudesta johtuvia/ sen tietoisuudesta johtuvia)
 - Henkiset vaikutukset - oliko henkisiä/ psyykkisiä tuntemuksia (itse sairaudesta johtuvia/ sen tietoisuudesta johtuvia)
 - Vaikutukset sosiaaliseen elämään (ystävät, sukulaiset ja muut sosiaaliset suhteet)
 - Vaikutus jokapäiväiseen elämään/ arkipäivän konkretiaan
 - työ
 - perhe
 - parisuhde
 - vapaa-aika- ja harrastukset
 - Merkittävin kokemus/ muistikuva ko. vaiheessa
 3. MITÄ APUA/ TUKEA TARVITSI/ OLISITTE TARVINNUT TÄSSÄ VAIHEISSA?
 4. MITÄ APUA/TUKEA SAITTE TÄSSÄ VAIHEISSA?
 - Terveysalan ammattilaisilta
- Sosiaaliselta verkostolta (omaisilta, ystäviltä, jne..)

Naisten kokemuksia kohdunkaulan solumuutosten hoitoprosessista ja vaikutuksista elämään

5. HOIDON JÄLKEINEN AIKA

Millaisia kokemuksia teillä liittyy solumuutoksen seurantaan? Onko, ja jos on niin miten se on vaikuttanut elämäänne?

HAASTATTELUTEEMAT:

1. JOS EI VAIKUTTANUT MILLÄÄN TAVOIN ELÄMÄÄNNE, MISTÄ ARVELETTE SEN JOHTUVAN
2. JOS VAIKUTTI ELÄMÄÄN, MITEN SE VAIKUTTI/ VAIKUTTIKO SEURAAVILLA ALUEILLA:
 - Fyysiset vaikutukset - oliko fyysisiä tuntemuksia (itse sairaudesta johtuvia/ sen tietoisuudesta johtuvia)
 - Henkiset vaikutukset - oliko henkisiä/ psyykkisiä tuntemuksia (itse sairaudesta johtuvia/ sen tietoisuudesta johtuvia)
 - Vaikutukset sosiaaliseen elämään (ystävät, sukulaiset ja muut sosiaaliset suhteet)
 - Vaikutus jokapäiväiseen elämään/ arkipäivän konkretiaan
 - työ
 - perhe
 - parisuhde
 - vapaa-aika- ja harrastukset
 - Merkittävin kokemus/ muistikuva ko. vaiheessa
3. MITÄ APUA/ TUKEA TARVITSI/ OLISITTE TARVINNUT TÄSSÄ VAIHEISSA?
4. MITÄ APUA/TUKEA SAITTE TÄSSÄ VAIHEISSA?
 - Terveystieteen ammattilaisilta
 - Sosiaaliselta verkostolta (omaisilta, ystäviltä, jne..)

ESIMERKKEJÄ AINEISTON PELKISTÄMISESTÄ

Pelkistämistä ohjasi tutkimuskysymys: Millaisia kokemuksia naisilla on hoitosuhteesta?

<p>”... kyllä sitä luki sitten entistä enemmän...että mikä muutos se on...”</p> <p>”... olisin tarvinnut paljon enemmän niin kuin apua ja neuvoa silloin niin kuin joltain asiantuntijalta ...”</p> <p>”... No minä olisin kyllä kaivannut enemmän tietoa...”</p> <p>”...enemmän tietoa...olisi sitten vielä enemmän voinut puhua”</p> <p>”... menee nettiin ja rupeaa sieltä katsomaan...”</p> <p>”... kun minä siitä ekan kerran kuulin, että minulla on tämmöinen, niin minulla ei ollut niin kuin mitään tietoa mistään...”</p> <p>”...pikkuisen liian vähälle jäi tämä tietopuoli...”</p>	tiedon tarve
<p>”... että siitä olisi niin kuin enempi joku vääntänyt rautalangasta ...”</p> <p>”... olisin ehkä toivonut sitä jotenkin että siihen olisi heti puututtu niin kuin enemmän...”</p> <p>”... kahden vuoden päästä ilmeisesti pitäisi mennä tai niin minä itse ...”</p> <p>”... ei sitten ollut sen kummemmin puhetta, että milloin tarvitsee mennä seuraavaan kontrolliin ...”</p> <p>”...tämäkin jäi oman aktiivisuuden varaan...että kyllä se seuranta olisi voinut tulla sieltäkin suunnalta...”</p> <p>”...niin kuin että sitä lykättiin koko ajan... siirretä sitä aikaa eteenpäin...”</p> <p>”...kun ei sairaanhoitajat, vaikka niille nyt pääsisikin soittamaan, niin ne tiedä...”</p>	hoidon jatkuvuuden puute puutteellinen viestintä luottamuspuula
<p>”... yksi kaveri minulla oli... jonka kanssa oli joskus puhuttu...”</p> <p>”... kun se solumuutos oli kuitenkin puolessa vuodessa jo edennyt, niin sitten sitäkin mietti, että kuinka pitkälle se nyt sitten etenee ...”</p> <p>”... minä jotenkin sitä pelästyin, että kun se toi syövän esille ...”</p> <p>”...että minä saan syövän ja kuolen...”</p> <p>”... tietyllä tapaa ehkä nolotti...”</p> <p>”... se oli niin kuin että syövän esiaste...”</p> <p>”...että oliko minulla semmoisia tiedostamattomia tämmöisiä pelkoja... että minä sain niin kuin... paniikkihäiriökohtauksen</p>	tuen tarve pelko huoli tulevaisuudesta häpeä
<p>”...kun sain oikeasti sitten jutella ja kysellä tästä... sain tietoa enemmän, sellaista oikeaa tietoa...”</p> <p>”...ja semmoinen hyvin rauhoittava ihminen oli hoitaja, jonka kanssa minä juttelin ja muuta...”</p> <p>”...että mitä selostetaan ja kerrotaan ja tavallaan, että oli sopivasti aikaa varattu ja oli asiantuntevat henkilöt...”</p>	onnistunut viestintä helpotus myönteinen kokemus saavutettu luottamus

AINEISTON RYHMITTELY

Pelkistetyn aineiston erilaisuuksia, yhtäläisyyksiä ja sisältöä kuvaava nimeäminen.

pelkistetty ilmaus	alakategoria
tiedon tarve	riittämätön tiedon saanti
hoidon jatkuvuuden puute puutteellinen viestintä luottamuspuula	puhumisen tarve
tuen tarve pelko huoli tulevaisuudesta häpeä	liian vähäinen tuen saanti
onnistunut viestintä helpotus myönteinen kokemus saavutettu luottamus	positiivinen kokemus

AINEISTON ABSTRAHOINTI JA KÄSITTEELLISTÄMINEN
Yläkategorioiden muodostaminen ja yhdistävän tekijän nimeäminen

alakategoria

yläkatgoria

yhdistävä kategoria

